LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Note sur l'emploi du courant statique induit en gynécologie, p. 65. — Présentation d'un nouvel ozoneur, par le Dr Albert Weil, p. 67. — **Bibliographie** : Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche, p. 68. — **Revue de la Presse** : Glaucome et migraine ophtalmiques, p. 71. — **Académie des sciences** : *Séance du 25 janvier* 1899. — *Présidence de M. Van Tieghem.* — Histologie de la peau. Sur quelques réactions histochimiques de l'éléidine, p. 72. — **Académie de médecine** : *Séance du 31 décembre* 1898, — *Présidence de M. Panas*, p. 72. — Le bleu de méthylène dans le traitement du rhumatisme articulaire, p. 72. — Traitement de l'appendicite. p. 73. — Rôle des moustiques dans l'infection palustre, p. 73. — Traitement et guérison de la hernie par l'usage de la bicyclette, p. 73. — Commissions des associés libres, p. 74. — **Société médicale des Hopitaux** : *Séance du 27 janvier* 1899. — *Présidence de M. Raymond.* — Mort subite au cours d'une crise hépatique, p. 74. — Surdi-mutité hystérique, p. 74. — Sur les difficultés du diagnostic de la pleurésie interlobaire, p. 74. — De l'absorption du salicylate de méthyle par la voie respiratoire, p. 75. — La culture des microorganismes inférieurs dans l'eau de mer diversement modifiée, p. 75. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 28 janvier* 1899. — *Présidence de M. Jullien*, p. 75. — **Société médicale des Bureaux de bienfaisance** : *Séance du 22 décembre* 1898,— *Présidence de M. Gourichon*, p. 76. — **Société des médecins inspecteurs des écoles** : *Séance du 18 janvier.* — *Présidence de M. Carpentier-Méricourt.* p. 77. — **Société de chirurgie** : *Séance du 1er février* 1899. — *Présidence de M. Pozzi*, p. 78. — Traitement des kystes hydatiques du foie, p. 83. — Traitement des appendicites, p. 78. — Ablation du pylore et d'une portion de l'estomac, p. 78. — Hernie inguinale congénitale de la trompe. Cure radicale, p. 79. — **Nouvelles**. — **Bulletin Bibliographique**, p. 80

ÉLECTROTHÉRAPIE

Note sur l'emploi du courant statique induit en gynécologie, (1)

Par le Dr Albert Weil.

Au mois de mai 1898, j'adressais à l'Académie de médecine une note sur un nouveau traitement électrique de certaines affections de la peau et des muqueuses et le 7 juin, au nom d'une commission composée de MM. d'Arsonval, Hallopeau et Laborde, M. Laborde voulut bien émettre une appréciation favorable sur la méthode nouvelle que je préconisais et qui consistait en l'utilisation thérapeutique de l'effluve statique induite dans certaines dermatoses et certaines affections inflammatoires des muqueuses.

Laissant de côté aujourd'hui l'application de l'effluve statique induite aux affections cutanées, je voudrais signaler l'emploi du courant et de l'effluve statique induits en gynécologie.

(1) Communication à la Société de Médecine de Paris (*Séance du 28 janvier* 1899).

Je rappelle d'abord en quoi consiste le courant statique induit.

Lorsqu'une machine statique fonctionne, il se produit, entre chaque pôle, une différence de potentiel. Si l'on fixe à chaque pôle un condensateur et si l'on réunit leurs armatures externes par un circuit de grande résistance, il naît dans ce circuit, au moment où l'étincelle éclate entre les conducteurs de la machine et par suite entre les armatures externes des deux condensateurs, des appels et des reflux d'électricité, et de ce fait un courant alternatif de haute tension qui est le courant statique induit. Si l'on interpose le corps humain dans le circuit reliant les armatures externes des condensateurs, le corps humain est lui-même traversé par ce courant alternatif. Ce courant a été introduit dans la thérapeutique par Morton (1) en 1881, appliqué de nouveau par Van Pascheles (2) et enfin étudié plus complètement par M. Leduc (3).

Pour l'obtenir, un bon moyen consiste à relier l'armature externe d'un des condensateurs avec le sol, alors que la chaîne qui aboutit à l'armature externe de l'autre, touche la table qui supporte la machine en un point seulement ou, si l'on veut l'appliquer sur le corps humain, alors que cette chaîne est reliée au patient non isolé au moyen d'une électrode convenable.

Ce courant a des propriétés analogues à celles des courants de Tesla, mais il en a aussi de différentes. « Dans les courants de M. Tesla, en effet », comme le dit M. Leduc (4), « la tension étant obtenue par la rapidité des alternances, ces deux grandeurs, nombre des alternances et tension, varient toujours dans le même sens, tandis que dans les courants produits par les machines statiques, lorsque s'écartent les boules des excitateurs, la tension augmente et le nombre des alternances diminue, ces deux grandeurs variant en sens inverse l'une de l'autre. » M. Leduc (5) néanmoins

(1) Morton. A new enduction current in medical electricity, *Medical Record*, 1881.

« The Franklinic interrupted current or my new system of therapeutic administration of static electricity, *Med. Record*, 1891.

(2) Van Pascheles. Prager medicinische Wochenschrift, 4 mai 1892. n° 18.

(3) Leduc. Courants alternatifs de haute tension. Comptes rendus de la Société de physique et de la Société de biologie, 1893, *in Gazette médicale de Nantes*, 1894.

(4) Leduc. *Loc. cit.*

(5) Leduc. Production des courants alternatifs à l'aide des machines électrostatiques, in *Archives d'électricité médicale*, 1893, p. 234.

fait de ces courants des courants à grande fréquence et à haute tension; mais il est assez porté à croire que leur représentation graphique diffère de celle des courants de Tesla, en ce point qu'elle est formée de grandes ondes composées de petites ondes semisoïdales. M. Dauly (1) qui a fait sa thèse sur les propriétés physiques et physiologiques de ces courants, pense, au contraire, que les courants statiques induits ne sont pas des courants de haute fréquence, mais bien des courants analogues aux courants faradiques et il base sa conviction sur ce fait, que lorsqu'on excite un muscle de grenouille par leur entremise, on a une contraction à chaque étincelle de la machine statique; et par ce fait chaque étincelle représente une alternance.

Ceci est d'ailleurs un point qui mérite discussion : le fait important est que ce sont des courants à très haute tension.

Cette haute tension est surtout manifeste pour le courant qui traverse la chaîne reliée à l'armature externe du condensateur suspendu au pôle négatif de la machine. En effet, si l'on fait communiquer la chaîne de l'armature externe du condensateur suspendu au pôle positif avec le sol et si l'on relie l'armature externe du condensateur suspendu au pôle négatif par une chaîne à une électrode terminée par un certain nombre de pointes métalliques, l'on voit, dans l'obscurité — quand l'étincelle éclate entre les boules polaires de la machine, — en rapprochant ce disque à pointes du corps humain ou de tout objet de grande résistance non isolé, un effluve violet extrêmement puissant, formant comme un vaste bouquet d'étincelles, longues, sinueuses, qui s'échappe avec bruit. De même si on laisse la chaîne reliée au disque à pointes toucher la table supportant la machine, cette chaîne paraît lumineuse et sur toute sa longueur s'échappent de longues aigrettes bien rapprochées. Cet effluve et ces aigrettes sont d'autant plus beaux que les boules polaires de la machine sont plus écartées, de façon néanmoins à ce qu'on ait une série à peu près ininterrompue d'étincelles. Pour une distance convenable de ces boules, cet effluve est absolument comparable à celui que M. Oudin obtient avec les courants de M. d'Arsonval dont il a élevé la tension à l'aide de son résonnateur.

J'ai montré, dans mes notes précédentes, comment ces remarques m'avaient conduit à l'essai de ces effluves dans les dermatoses, alors qu'auparavant on n'avait appliqué les courants statiques induits que dans certaines affections musculaires ou nerveuses. Je citais également deux cas d'affections des parties génitales, où l'effluvation statique induite m'avait donné d'excellents résultats; mais à ce moment les maladies dont il était question étaient encore en cours de traitement; aussi m'était-il difficile de fixer même des indications générales d'une expérience aussi limitée.

(1) DAULY. Le courant alternatif obtenu à l'aide des machines électrostatiques; ses propriétés physiques et physiologiques. Thèse. Paris, 1894.

Ma pratique est aujourd'hui un peu plus fournie puisque j'ai soumis huit malades pour des affections gynécologiques variées aux courants statiques induits.

Pour les appliquer on emploie la technique suivante : La malade se couche sur le lit à spéculum. On met la chaîne de l'armature externe du condensateur suspendu au pôle positif à terre; on amène la chaîne de l'armature externe du condensateur suspendu au pôle négatif jusqu'au lit à speculum, en ayant soin d'isoler parfaitement le fil, grace à des poteaux en verre; on fixe à l'extrémité de cette chaîne l'électrode active et l'on fait éclater l'étincelle entre les boules polaires de la machine, en ayant soin de donner, au début, une petite longueur à cette étincelle. L'électrode active, suivant sa nature et celle de la maladie, est soit placée à une certaine distance de la vulve, soit introduite dans l'utérus, soit mise en contact avec le col, etc., en ce dernier cas il faudra employer un spéculum Ferguson en verre, car autrement il éclaterait des étincelles entre l'électrode et le métal.

Une fois l'application commencée, on augmente l'intensité du courant en éloignant ou en faisant éloigner l'une de l'autre les deux boules polaires de la machine sans pourtant jamais donner à la patiente une véritable douleur. On termine la séance au bout de dix minutes à un quart d'heure environ.

L'électrode active — et il est à remarquer qu'on n'emploie pas d'électrode indifférente — puisqu'elle est figurée par la terre — peut-être de trois modèles différents. Si l'on ne veut qu'user de l'effluvation statique induite externe, elle sera simplement un disque à pointes multiples adaptées à un manche isolant.

Si l'on veut agir sur le col ou dans l'utérus, on se servira d'une électrode en forme d'hystéromètre : si l'on ne veut utiliser que l'action du courant propre, cette électrode sera un hystéromètre métallique quelconque; mais si l'on veut en même temps soumettre l'organe atteint à l'effluvation, cette électrode sera analogue à l'électrode à manchon de verre que l'on emploie avec les courants de haute fréquence pour les affections cutanées.

C'est dans ce but que j'ai fait construire une électrode spéciale qui se compose essentiellement d'une tige de laiton recouverte de verre, de 10 centimètres de long sur un millimètre 1/2 de large, supportée par un manche isolant en ébonite qui est traversé par le fil conducteur du courant.

Si j'examine maintenant les cas que j'ai traités par le courant statique induit, je mettrai d'abord à part deux métrites hémorrhagiques dans lesquelles j'avais employé comme électrodes actives l'hysteromètre métallique : J'ai obtenu l'arrêt des hémorrhagies, mais au prix d'un nombre assez considérable de séances; et d'ailleurs cet arrêt n'a jamais été qu'assez précaire. Aussi je ne crois pas que ce soit ce mode d'application qui donnera droit de cité au courant statique induit dans la thérapie électrique.

En effet, si la méthode que j'ai essayé *le premier* mérite d'être appliquée, c'est surtout grâce aux résultats remarquables qu'elle donne quand on emploie l'effluvation.

Qu'on soumette à l'effluve du disque à pointes multiples ou de l'hystéromètre à manchon de verre une muqueuse enflammée, prurigineuse, suintante : à la suite d'une application — quel que soit le siège de l'affection, col, vagin ou vulve — le prurit s'atténue, la région qui d'abord avait réagi se nettoie et au bout d'un petit nombre de séances prend un aspect normal.

J'ai traité actuellement ainsi un prurit vulvaire diabétique, deux vulvites et vaginites des plus intenses, trois ectropions du col, et chaque fois j'ai eu une guérison rapide.

Un des cas les plus remarquables est celui d'une dame atteinte depuis trois ans de vulvite, vaginite, métrite avec ectropion du col pour lesquels elle avait refusé de se faire soigner.

La vulvite était si intense au début du traitement que toute exploration vaginale même avec le doigt était impossible : tout autour des caroncules myrtiformes et de l'orifice uréthral, tranchant sur la muqueuse irritée elle-même, existait une série de taches rouges foncées qui marquaient les orifices des glandes à mucus infectées. Dès la première séance, après l'application de l'électrode à manchon de verre, les rougeurs s'atténuèrent ; et au bout de cinq séances, la sécrétion vulvaire et l'inflammation disparurent ne laissant persister qu'une inflammation à l'orifice du canal de l'urèthre. L'intromission du spéculum devint possible et je pus soumettre le col à une série de fines étincelles et à l'effluvation. En quatre semaines l'ulcération guérit et la sécrétion se modifia.

Jusqu'à présent, je n'ai point osé essayer dans les métrites du corps de l'utérus l'hystéromètre à manchon de verre, car j'aurais eu peur d'une rupture du manchon dans la cavité ; mais s'il était possible de remplacer le verre par une autre substance, la méthode pourrait être essayée, surtout si, comme cela me paraît probable, l'expérimentation vient en montrer la valeur bactéricide.

En résumé, de mes essais l'on peut conclure que l'effluvation statique induite réussit en nombre d'affections microbiennes et inflammatoires des organes génitaux de la femme. Certes, ce n'est point une méthode tout à fait simple ; mais à côté de vaginites, cervicites ou vulvites que la propreté ou les soins hygiéniques suffisent à guérir, il en existe de rebelles et quelques-unes d'absolument tenaces ; en ces cas, je crois que la méthode que j'ai exposée dans cette note a sur d'autres l'avantage d'une plus grande rapidité et d'une plus grande sûreté d'action.

Présentation d'un nouvel ozoneur.

L'ozoneur que j'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine est un ozoneur électrostatique, mais son principe est totalement différent de celui de tous les ozoneurs électrostatiques actuellement en usage. Alors qu'ils utilisent tous l'effluve directe d'une machine statique sans condensateur, dans celui que je présente à la Société, c'est l'effluve statique induit qui est employé, effluve renforcé encore grâce à un dispositif spécial.

L'appareil se compose d'un récipient en verre, en forme de tonnelet, qui présente à sa partie supérieure une ouverture circulaire d'un diamètre de 8 centimètres environ et à sa partie inférieure une ouverture latérale. L'ouverture latérale laisse passer le tuyau d'une soufflerie qu'on peut faire fonctionner avec le pied. L'ouverture supérieure est fermée hermétiquement par un bouchon de liège surmonté d'un disque d'ébonite. A travers ce bouchon sont percés des trous : l'un central laisse passer, à frottement dur, une tige métallique supportant latéralement et à son extrémité un grand nombre de pointes, l'autre excentrique est traversée par la partie effilée d'un entonnoir coudé.

Une bague vient embrasser la tige de métal au-dessus du disque d'ébonite et la relie à l'armature externe du condensateur suspendu au pôle négatif de la machine statique.

Le récipient en verre a son fond et ses parties latérales dans les trois-quarts de leur hauteur revêtus de papier d'étain. Une chaîne peut relier ce revêtement métallique au sol ou à l'armature externe du condensateur suspendu au pôle positif de la machine statique.

Si l'on veut faire fonctionner l'ozoneur, on met à terre la chaîne de l'armature externe du condensateur suspendu au pôle positif de la machine statique ; on relie l'armature externe du condensateur suspendu au pôle négatif à la tige centrale ; on met à terre la chaîne qui part du revêtement d'étain ; l'on fait éclater l'étincelle entre les deux boules polaires de la machine, et l'on donne à ces boules l'écartement maxima que permet une suite continue d'étincelles, sans toutefois qu'il en éclate dans le récipient. Des effluves partent alors des pointes pour se diriger à l'intérieur du vase vers le revêtement métallique : effluves tellement touffus que si, dans l'obscurité, on regarde l'intérieur du récipient à travers de fentes qu'on a pratiquées dans ce revêtement aux deux extrémités d'un plan diamétral, l'intérieur du récipient paraît entièrement violet.

L'appareil étant ainsi en fonction, si l'on manœuvre la soufflerie, un courant d'air s'établit, et par l'entonnoir sort de l'air fortement ozonisé, que le malade peut inhaler. On conçoit qu'avec un quelconque des dispositifs bien connus, on aurait pu chargé cet air de vapeurs médicamenteuses.

Il est à noter que plus le moteur de la machine statique donnera de vitesse, plus la longueur de l'étincelle polaire pourra être grande, et l'effluve statique induit, par le fait, puissant. Avec une machine Bonetti à quatre plateaux et un moteur convenable, on peut facilement avoir une succession ininterrompue d'étincelles de 20 centimètres.

Au lieu de relier la chaîne de l'armature externe du

condensateur suspendu au pôle positif à terre, on peut la relier à la chaîne qui part du revêtement d'étain de l'ozoneur. En ce cas en a encore dans le ballon un bel effluve ; mais il faut donner aux deux boules polaires de la machine statique une distance inférieure à la distance maxima qui sépare l'extrémité des pointes du revêtement d'étain, sans quoi des étincelles éclatent dans l'ozoneur et par suite il y a production de vapeurs nitreuses.

Le premier dispositif est du reste bien préférable : L'effluve, bien plus beau par suite des phénomènes de condensation, n'est jamais irritant ; et il permet de soumettre le malade à des inhalations d'ozone et à ce que j'appelerai *le bain statique induit.*

Les chaînes des armatures externes des condensateurs étant l'une à la terre et l'autre, celle du condensateur suspendu au pôle négatif, étant attachée à la tige de l'ozoneur, si l'on relie la chaîne qui part du revêtement métallique à une électrode placée sur la peau du malade non isolé et si l'on actionne la soufflerie pendant qu'il éclate une suite ininterrompue d'étincelles entre les boules polaires de la machine, le malade, en même temps qu'il inhale de l'air ozonisé, est le siège d'un courant de haute tension qu'on peut déceler en tirant de son corps des étincelles en une partie quelconque.

C'est peut-être là une méthode de thérapeutique électrique appelée à donner des résultats.

Une remarque générale est à faire : le nouvel ozoneur que je présente peut fonctionner avec toutes les machines statiques munies de condensateurs, mais il est indispensable qu'elles soient telles que leur polarité ne se renverse pas pendant la mise en marche.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche, par le Dr Cruet, ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Un vol. in-16, 399 p. Paris, Masson et Cie, 1899.

Le Dr Cruet a bien montré qu'un bon médecin, après des études spéciales sérieuses, peut faire un excellent dentiste, la réciproque n'étant pas admissible. Son œuvre, fruit d'expériences médico-dentaires, laissera bien loin derrière elle quelques essais d'auteurs plutôt compilateurs que cliniciens véritables.

Tout d'abord une préface du Dr Lannelongue avec quelques idées personnelles sur les troubles et accidents nerveux de la première dentition et sur les kystes radiculaires ou périostiques.

Quatre parties : 1° *Notions anatomiques et physiologiques*, résumé succinct mais suffisant, parsemé, de ci de là, de considérations et conseils pratiques qui rendent agréable la lecture de ce sujet aride entre tous ; nous devons cependant constater, et cela à plusieurs reprises, que l'auteur ne tranche pas suffisamment les opinions divergentes qu'il a l'occasion de citer, nous aurions eu cependant grand plaisir à trouver là une opinion personnelle fermement soutenue.

2e Partie ; *Pathologie.* — La théorie de précipitation du tartre par excès, par sursaturation, dit-il (c'est celle que nous admettons), n'a rien de contraire à celle de Galippe. Nous ne pouvons croire à la propriété qu'auraient les microbes de précipiter les sels de la salive, pourquoi ne pas admettre un microbe spécifique ?

Du reste, le tartre est-il si nuisible qu'on veut bien le dire. Je crois sa présence, action mécanique, plus importante pour la bouche que son état infectieux en tant que porteur de microbes ; son ennui ne se fait pathologiquement sentir que lorsqu'il survient une infection secondaire. Pourquoi créer à propos des stomatites, le terme toxiseptique qui ne peut que troubler l'esprit des débutants ?

Il n'y a pas qu'une stomatite, il y a des stomatites diverses ; le froid, les toxiques métalliques, mercure, plomb, etc., prédisposent le terrain, mais point n'est besoin essentiellement de leur existence et nous ne pouvons que comparer cet ordre de faits aux angines érythémateuses, diphtéritiques, etc., etc. Il y a toujours un élément infectieux qui peut ne pas se développer ou peut s'accroître avec plus ou moins d'intensité, selon le terrain ou les diverses manifestations mécaniques locales.

Il est dit plus loin que les épulis ont une faible tendance à la récidive ; ceci n'est vrai qu'au début, mais c'est l'immense minorité ; les malades, ne souffrant pas, ne viennent nous consulter que lorsque la gêne à la mastication est trop grande ; la thérapeutique doit être énergique ; cautériser à fond et chercher même à éliminer la partie osseuse du voisinage, quelquefois point d'implantation de la tumeur. On comprendra que nous ne nous étendions pas davantage, la place nous étant mesurée.

La grande pathologie de la bouche, si nous pouvons nous exprimer ainsi, bec de lièvre, anomalies, vices de développement est passée sous silence, mais certaines variétés pathologiques intéressantes sont mentionnées.

Nous avons eu la satisfaction de voir cité notre travail sur les végétations adénoïdes et leurs rapports avec les déformations de la voûte palatine et les déviations dentaires. Nous aurions quelques petites critiques à faire sur la grenouillette et la spécificité de l'angine de Ludwig, mais cela nous entraînerait trop loin ; contentons-nous de faire observer que cette dernière peut avoir divers éléments infectieux pathogéniques, mais que sa spécificité pourrait être aussi bien discutée : le microbe de la syphilis n'est pas connu et cependant il ne viendrait à l'esprit de personne de douter de la spécifité de cette affection.

La nécrose des maxillaires peut être due à l'application maladroite de caustiques puissants comme l'acide chromique et l'acide arsénieux, nous ajouterons le thermo-cautère utilisé parfois de trop violente façon par quelques médecins que l'on vient consulter pour des

abcès dentaires ; une extraction brutale, maladroite et sans succès, que nous venons d'observer, a donné lieu aux mêmes faits, plus fréquemment observés du reste si l'instrument est septique.

La nécrose phosphorée fait l'objet de développements plus étendus, de même les accidents de la première et de la seconde dentition ; enfin, les anomalies dentaires ne pouvaient être traitées plus longuement qu'elles ne le sont ; le sujet est très intéressant mais trop complexe. A ce propos, pourquoi rejeter aussi catégoriquement les anneaux de caoutchouc pour les redressements, ceux-ci, en effet, employés avec circonspection et dans une juste mesure, permettent très souvent d'arriver à d'excellents résultats.

Nous avons lu avec plaisir quelques-unes des idées qui nous sont chères, telles que la théorie sur l'usure des dents par une sorte de vieillesse prématurée et celle sur la décalcification ; les auteurs chronologiquement antérieurs sont à peu près muets sur ces faits physiologiques, cependant d'une déduction clinique indiscutable. La gaine d'or ou de platine proposée pour la mastication à appliquer sur les incisives inférieures nous paraît d'un usage restreint et peu pratique.

Quant à la différence de qualité des dents, nous ne pouvons faire entrer en jeu qu'un phénomène purement physique : la *cohésion*.

Les dents peuvent avoir la même composition minérale qualitative, les mêmes rapports entre les matières organiques et minérales *totales* et cependant être d'une densité, d'une *condensation minérale* différente.

Les molécules calcaires qui se déposent pendant la formation dentinaire sont plus ou moins serrées comparativement à ce qui se passe pour les diverses variétés naturelles de cristallisation du charbon ou les états moléculaires d'un même composé (soufre, arsenic, sulfate, etc.) selon le mode de production ou l'eau de cristallisation.

La minéralisation de la dent n'est-elle pas une sorte de cristallisation, *variable*, *du reste*, *pendant toute son existence* ; la présence des organes pulpaires justifie cette hypothèse.

Nous admettons très bien un changement moléculaire des dents dans le cours de leur existence, sans cela à quoi serviraient les organes centraux. Les dents des vieillards n'ont-elles pas subi une transformation totale ? Pourquoi deviennent-elles cassantes ?

Il y aurait beaucoup à dire encore !

L'auteur n'admet pas la carie du 4e degré en tant que classement, sous prétexte que la pulpe n'est pas un tissu dur ; il serait préférable, pensons-nous, de supprimer le 1er degré et conserver la dernière subdivision qu'on affecterait aux cas où la pulpe est gangrénée et les canaux infectés avec ou sans phénomènes périostiques ; tout cela est, d'ailleurs, de bien maigre importance.

La couche saine sous-jacente aux caries sèches est d'une extrême sensibilité : petite indication pratique oubliée par bien des auteurs et cependant très importante.

L'existence des pulpites par apport sanguin des éléments infectieux étant mise en doute, nous nous permettrons cependant d'observer qu'il nous est arrivé bien souvent à l'hôpital d'extraire, chez des vieillards, des dents dont la pulpe douloureuse était putréfiée en grande partie par strangulation, dégénérescence calcaire des vaisseaux et *fermentation putride* alors que, plus tard, la douleur est due à la compression nerveuse des éléments calcaires de néoformation.

Les périostites aigues ou chroniques sont fort bien étudiées, mais pourquoi le qualificatif d'arthrite ascendante ? tout n'est que convention, il est vrai, mais ce qui est ascendant au maxillaire supérieur est descendant au maxillaire inférieur ; le terme péridentaire et, si l'on voulait être plus précis, abapicale, conviendrait mieux ce nous semble.

Les dépôts de tartre entretiennent la suppuration dans l'arthrite alvéolo-dentaire, mais là n'est pas l'élément causal, il y a autre chose ; c'est une manifestation locale chez un sujet diathésique (le plus souvent arthritique) compliqué d'une infection secondaire due à des éléments infectieux divers, peut-être dans quelques cas bacille de Koch ; ces éléments échappent à notre vue parce que nous les recherchons trop tard.

Quoi qu'il en soit c'est une affection buccale très connue mais dont la pathogénie nous échappe par la seule raison que nous venons d'énoncer. Cette maladie, insidieuse au début, indolore, chronique, est généralement sans complications graves du côté du périoste ou du système ganglionnaire.

Selon les indications de l'auteur le traitement doit être énergique et institué de bonne heure ; la suppuration seule doit guider le spécialiste, les arthrites sèches, que nous attribuons volontiers à des troubles trophiques secondaires sans infection surajoutée, ne sont pas susceptibles du même traitement.

D'après notre confrère le drainage des dents pour la guérison des fistules dentaires cutanées est purement illusoire ; nous ne partageons pas cette manière de voir ; nous tentons d'abord ce drainage canaliculaire qui bien établi (suivre exactement la direction du canal en partant de la fistule), fait avec une *asepsie* rigoureuse (peu nous importe l'antiseptique quoique nous donnions la préférence à l'iodoforme), nous permet de compter presque toujours sur un résultat parfait ; ce n'est que dans les cas de kystes suppurés que nous trépanons l'alvéole : quand celui-ci approche de la guérison nous détruisons l'extrémité apicale de la racine et conservons pendant quelque temps un *drainage de sûreté* par le canal radiculaire.

Le moyen ultime doit être la greffe par restitution.

M. Cruet dit qu'il n'existe pas en clinique de kyste qui ne présente dans sa cavité un sommet radiculaire ; nous possédons une observation unique il est vrai, mais

concluante, d'un kyste *latéral* (rien de commun avec une tumeur du périoste) provoqué par un dentiste qui traitant une racine de prémolaire l'avait perforée avec un trépan en sa partie latérale à peu près au milieu; infection et kyste consécutifs que nous avons pu constater de visu et que nous avions pu diagnostiquer avant l'extraction.

Sans entrer dans une discussion qui demanderait beaucoup trop de détails et de place, n'acceptant pas l'exclusivisme de Malassez et Albarran, nous poserons en principe les conclusions suivantes :

1° Il existe deux espèces de kystes;

a. Les kystes vrais généralement assez volumineux dus à une prolifération des débris paradentaires Ces kystes que nous appellerons paradentaires sont de vrais kystes, ne contiennent qu'un liquide clair plus ou moins chargé de cholestérine, peuvent atteindre de grands développements dans cet état, mais suppurent si une infection intervient pendant leur évolution.

b. Les kystes dentaires vrais qui ne sont pas de vrais kystes au sens propre du mot, n'atteignant jamais de grandes dimensions, provoquant des désordres infectieux à allures plus bruyantes et plus douloureuses que les kystes vrais parce qu'ici l'*infection est primordiale* et surajoutée. Ces kystes n'existent jamais sans une infection primitive, sont appelés à tort appendiculaires parce que, tantôt leur pédicule peut-être plus ou moins long et faire paraître la tumeur sessile ou comme suspendue à l'extrémité d'un cordon et ils englobent de plus les débris épithéliaux paradentaires, mais l'*origine n'est pas une prolifération de cet épithélium* à allures franches comme les premiers.

2° Les kystes dentaires ont le plus souvent pour point de départ le périoste apical parce que c'est le plus communément infecté.

3° Les kystes dentaires peuvent exister sur les portions latérales du périoste par perforation maladroite des côtés radiculaires — voir plus haut notre observation (1) — ou bien plus fréquemment chez les enfants. Malgré cela ne doit-on pas faire rentrer dans leur rang les épaississements pathologiques du périoste, bien faciles à différencier macroscopiquement?

Ceci dit nous ne serons pas non plus aussi radical en ce qui concerne la destruction de la coque osseuse des kystes paradentaires; bien souvent le temps nécessaire au traitement, toujours fort long, permet l'aplatissement de cette coque osseuse, nous en possédons des exemples typiques.

A propos de l'empyéme dirons-nous aussi qu'il faut d'abord essayer le traitement simple par les lavages et le drainage à la gaze iodoformée, on comprend combien nous résistons au plaisir et au devoir d'en dire plus long.

(1) Ceci était déjà écrit lorsque nous avons observé sur une grosse molaire inférieure que nous avons extraite à l'hôpital Boucicaut un kyste apical à l'une des racines et un kyste latéral sur l'autre.

3e Partie : *Opérations qui se pratiquent sur la bouche et les dents. — a. Anesthésie.* L'auteur se refuse avec juste raison à pratiquer l'anesthésie au protoxyde d'azote pour les extractions; il faut laisser ce rôle plus que léger aux praticiens de cinquième ordre qui s'en font un tremplin de réclame pour vider la bourse des gogos qui se prêtent à cette comédie. Il porte ensuite son attention sur le bromure d'éthyle, signale ses petits inconvénients mais ne parle pas des vomissements qui peuvent survenir quoi qu'on en dise, oublie de recommander de desserrer les vêtements de l'enfant et d'enlever le corsets chez les filettes, précaution certes de la plus haute importance.

La seule anesthésie de ce genre que nous ayons vu pratiquer sur une adulte sans y prendre part (nous pensons que chez ce dernier ce produit est plus dangereux qu'on ne le croit généralement) a été suivie de mort très rapidement, parce qu'on avait oublié d'enlever le corset.

Il s'agissait d'enlever un chalazion à une jeune femme de vingt-cinq ans. Nous ajouterons en outre que la contracture n'a pas lieu et c'est là que réside la difficulté si l'on ne dépasse pas la période *apsychique*; enfin qu'il nous soit permis de trouver la couleur blanche du bromure d'éthyle bien insuffisante comme propriété physique de ce corps; de même refuserions-nous une deuxième ou une troisième anesthésie chez l'enfant si la première avait mal marché, mais cela avec une extrême prudence.

Notre séjour de deux ans dans le service laryngologique de l'hôpital Lariboisière nous donne un grand appui pour formuler ces critiques.

Nous avons observé avec bon nombre d'autres opérateurs que le chloréthyle donne des douleurs plus violentes que l'extraction dans certains cas de périostite; quant à la cocaïne nous n'oserions pas l'appliquer chez un cardiaque avec autant de désinvolture que nous le lisons dans cet ouvrage.

b. Dans *l'hygiène des opérations* nous trouvons signalé pour les instruments un bain phéniqué dans lequel séjourne une lame de zinc, mais son usage nous a montré que les instruments ne tardaient pas à se couvrir de rouille; il en est de même pour le formol; du reste, comme nous l'avons objecté à l'une des séances de la Société de stomatologie, nous croyons que peu de dentistes s'accomoderaient des vapeurs de ce produit très irritant. Il suffit d'avoir examiné quelques pièces histologiques, cerveau par exemple, baignant dans ce liquide pour être convaincu que ce picotement conjonctival n'a rien d'agréable.

Nous avons signalé à la même société une petite manœuvre très simple — souvenir de notre stage laryngologique — pour stériliser les mèches ou tampons d'ouate. Il suffit de les tremper dans l'alcool boriqué et d'enflammer celui-ci. Le coton ne brûle pas et reste imprégné d'acide borique.

c. Opérations. — Quand il y a fluxion on doit enlever la dent sans hésitation, les diathèses peuvent dans

certains cas seulement être une contre-indication; la douleur est plus vive, l'anesthésie produit moins ses bons effets, mais le malade est soulagé et dort la nuit d'après; l'hémorrhagie n'est pas plus à craindre avec les moyens dont nous disposons que celle que l'on craignait tant autrefois après l'extirpation des amygdales; selon une heureuse expression de l'auteur, l'extraction dans ces conditions n'est pas une voie d'entrée à l'infection mais une porte de sortie.

Dans les cas de racines évidées difficiles à arracher, la manœuvre consistant à saisir gencive, alvéole et racine ne réussit pas toujours (surtout grosses molaires inférieures ou canines); il existe une vis à racines qui peut donner des échecs mais quelquefois un bon résultat; quant à la clef de Gacengeot pour les dents de sagesse, la pince spéciale nous paraît, quoique douloureuse, d'un maniement plus sûr et plus facile.

Nous repoussons complétement l'usage du perchlorure de fer comme hémostatique : c'est dégoûtant, ça noircit tout et ça ne sert à rien la plupart du temps; mieux valent des moyens plus simples tels que des tampons imbibés de solutions concentrées de laque ou de benjoin ou d'antipyrine, de solutions de cocaïne ou de gélatine de Carnot. Le thermo-cautere au rouge blanc provoque l'hémorrhagie, mais au rouge sombre il peut au contraire l'arrêter.

Nous ne nous expliquons pas cette crainte qu'il y aurait à ouvrir un abcès dans la région de l'angle du maxillaire, la faciale passant cinq ou six centimètres en avant à peu près au milieu du maxillaire.

4e Partie : *Hygiène et thérapeutique générales de la bouche.* — Nous sommes d'accord avec notre confrère pour désapprouver le limage des dents pour faciliter leur nettoyage, de même ne pourrions-nous consentir à extraire une dent chez un malheureux, moyennant argent comptant, pour la greffer à plus riche que lui.

A signaler la recommandation de s'abstenir de sucreries et bonbons; ajoutons, fait que nous avons signalé dans ce même journal, qu'il serait bien facile aux médecins d'éviter l'abus pourtant si répandu des sirops antiscorbutiques, d'iodure de fer, etc., pourquoi ne pas prendre comme véhicule la glycérine contenant en dissolution des extraits de plantes mous ou fluides. Et les préparations granulées qui ne contiennent le plus souvent que du sucre humecté de manière insignifiante d'une préparation de kola ou d'une décoction de café!

L'usage du cure-dents doit être modéré, de même les poudres dentrifices ne doivent-elles être employées que sur prescription du spécialiste (1).

A propos de l'hygiène collective, nous sommes convaincu — et nous nous proposons d'en parler ici prochainement — que la création des médecins-dentistes inspecteurs des écoles, outre qu'elle soulagerait beaucoup le service des médecins inspecteurs ordinaires, serait de plus d'une très grande utilité pour les bouches infantiles.

Et pourquoi ne créerait-on pas à la Faculté un enseignement stomatologique spécial; nous ne désespérons pas de l'y voir fonctionner, quoique nous ne devions pas oublier qu'en France il faille compter avec la lenteur administrative bien proverbiale. De là à créer des médecins militaires dentistes, il n'y a qu'un pas, espérons que les progrès par nous accomplis tous les jours réveilleront de leur torpeur les routiniers qui ne veulent rien faire pour notre branche spéciale de la médecine, désarmeront les sceptiques et les railleurs, et détruiront les mauvaises volontés.

Pour terminer, nous devons rendre un juste hommage à notre collègue, le Dr Cruet, pour cette œuvre qui, non seulement occupera les premiers rangs de la bibliothèque du spécialiste, mais encore sera consultée avec profit et, disons-le, avec reconnaissance par tout médecin soucieux de se rendre compte des progrès de notre art, il pourra voir ainsi de quels bienfaits nous pouvons faire profiter le malade qu'il nous adresse.

Dr Gourc.

(1) Voir à ce sujet l'analyse que nous avons reproduite (*La France médicale*, n° 30, p. 475, 1898) d'une poudre dentrifice commerciale composée exclusivement de produits nuisibles au premier chef.

REVUE DE LA PRESSE

Glaucome et migraine ophtalmique. — La marche du glaucome est très souvent insidieuse au début, et son existence passe facilement inaperçue des médecins qui ont peu l'habitude de porter leur attention du côté des phénomènes oculaires. Un diagnostic précis serait cependant fort utile, car c'est l'une des affections dont la marche est le mieux influencée par un traitement rapide.

Il nous paraît donc très utile de résumer une observation publiée par le Dr A. Trousseau dans les *Annales d'oculistique* (octob. 1898.)

Un homme de 53 ans, arthritique et très névropathe, est pris un matin du mois de janvier, pendant une promenade à cheval, d'un vertige et d'une violente douleur localisée au côté gauche de la tête; en même temps il voit des cercles lumineux, de vrais feux d'artifice, puis sa vision s'obscurcit du côté gauche, et il reste aveugle pendant 15 à 20 minutes, l'œil droit étant congénitalement amblyope. L'obscurcissement visuel ayant un peu diminué, il peut rentrer chez lui au pas de son cheval, mais il ne retrouve l'intégrité de sa vue qu'après le déjeuner. M. Trousseau, qui vit ce malade vers 3 heures de l'après-midi, trouva une acuité visuelle parfaite, ne constata rien d'anormal et pensa qu'il s'agissait d'une attaque de migraine ophthalmique. Ce malade, revu vers la fin du mois, avait eu encore plusieurs attaques analogues, mais de moins en moins fortes et toutes avaient disparu après un repas. En mars et avril, mêmes attaques durant chaque mois huit à dix jours; M. Trousseau ne voyant jamais ce

malade que l'attaque terminée, lui demande de venir le voir immédiatement, à n'importe quelle heure, s'il est pris à nouveau. Quatre ou cinq jours après celui-ci se présente à 9 heures du matin, conduit par son valet de chambre. Notre confrère constate alors une légère hyperhémie de la conjonctive bulbaire, un aspect terne et gris de la cornée légèrement anesthésiée, pas de modifications de la pupille, une tension assez élevée et l'impossibilité d'éclairer le fond de l'œil.

Le traitement par le bromure de potassium, le sulfate de quinine et le collyre à la pilocarpine amène en trois jours la disparition des crises ; lorsqu'il fut cessé au bout de trois semaines, les crises reparurent de temps en temps, mais atténuées, et chacune d'elles disparut après l'instillation de pilocarpine. M. Trousseau fut porté à abandonner son premier diagnostic de migraine ophthalmique et à penser au glaucome prodromique, mais sans en faire part au malade très névropathe. Au mois de mai, M. X, ayant cessé tout traitement, fut pris d'une attaque type de glaucome suraigu avec douleurs violentes, rougeur, augmentation de la tension intra-oculaire, dilatation de la pupille et impossibilité d'éclairer l'œil. L'iridectomie faite en hâte amena la détente, mais le malade avait perdu une partie de sa vision.

Il y a deux ans, M. Trousseau soignait une institutrice de 37 ans qui, nerveuse elle aussi, avait de temps à autre, un aspect terne et nuageux de la cornée, en même temps qu'un obscurcissement visuel intense, la crise cessait après le repas de midi pour revenir un peu avant le dîner et cesser de nouveau après. Le collyre à la pilocarpine amenait seul de l'amélioration ; dès qu'on le cessait le mal revenait accompagné de vertiges et de cercles lumineux. L'iridectomie donna un excellent résultat, mais il est probable que s'il n'avait pas vu la malade au moment de ses crises, M. Trousseau aurait encore fait le diagnostic de migraine ophthalmique et se serait exposé à un désastre.

Il existe donc une forme anormale de glaucome qui peut simuler la migraine ophthalmique, mais s'en distingue par l'apparition sur l'œil de phénomènes objectifs qui doivent mettre sur la voie du diagnostic. M. Trousseau propose de l'appeler glaucome à forme migraineuse.

A. Ch.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 janvier. — Présidence de M. Van Tighem.

Histologie de la peau. Sur quelques réactions histochimiques de l'éléidine. — M. L. Ranvier. L'éléidine se montre au sein des cellules du *stratum granulosum* sous la forme de granulations. Ces granulations se colorent vivement par le carmin, l'hématoxiline et la thionine. L'eau de chaux ne les dissout pas et les rend plus apparentes en gonflant le protoplasma cellulaire. Ces réactions permettent de constater que les cellules épidermiques, en passant du *stratum granulosum* dans le *stratum intermedium*, perdent tout d'un coup leur éléidine granuleuse. A sa place, se trouve une substance homogène, qui se colore plus fortement encore par le carmin. L'éléidine granuleuse s'est transformée en éléidine diffuse. Waldeyer et Unna diraient que la kératohyaline est devenue de l'éléidine ; mais ce ne serait là qu'une querelle de mots.

J'ai trouvé depuis peu un réactif qui permet d'en juger. Ce réactif est la solution de chlorure de sodium à 10 pour 100. Voici comment il faut l'employer : on y laisse, pendant dix heures à peu près, un petit fragment de peau, on le durcit ensuite par l'alcool, puis on y fait des coupes microscopiques que l'on colore au moyen du picrocarminate. Les préparations que l'on obtient ainsi ne laissent plus voir de grains d'oléidine. A leur place, il s'est produit, au niveau du *stratum granulosum*, une teinte rouge, uniforme. Sous l'influence de la solution de sel, l'éléidine granuleuse est donc devenue de l'éléidine diffuse. Un réactif chimique a ainsi déterminé des modifications analogues à celles qui se font naturellement lorsque les cellules épidermiqnes passent du *stratum granulosum* dans le *stratum intermedium*.

Il semble que la transformation de l'éléidine granuleuse en éléidine diffuse soit comparable à celle du bleu de Prusse qui, à la suite d'un lavage prolongé, devient soluble ou plutôt colloïde. Cette comparaison paraîtra d'autant plus juste que l'éléidine diffuse est certainement une substance colloïde. Déjà, dans les préparations obtenues simplement à l'aide de l'alcool et du picrocarminate, on constate, comme je l'ai fait remarquer il y a longtemps, qu'à la surface du *stratum lucidum* apparaissent des gouttes et des flaques dont la substance a été exprimée du tissu. Ces flaques, ainsi qu'on peut le voir dans mes anciens dessins, ont souvent des vacuoles. Ces vacuoles sont bien plus grandes et bien plus nombreuses après l'action de la solution de sel à 10 pour 100. Leur développement est exagéré encore si la solution de sel est plus forte, 20 pour 100 par exemple. Les gouttes d'éléidine figurent alors des vésicules habituellement confluentes, dont la paroi seule est colorée par le carmin.

Je dois donner encore quelques renseignements à ceux qui voudront répéter ces expériences. Si l'on fait agir le chlorure de sodium après l'alcool, les grains d'éléidine ne disparaissent pas. Enfin, si l'on essaye le carmin ou l'hématoxyline sur de la peau qui a séjourné plusieurs années dans l'alcool, les grains d'éléidine, qui cependant sont bien conservés, ne se colorent plus du tout.

Dans cette communication, je me suis proposé simplement d'indiquer quelques réactions nouvelles de l'éléidine, afin de faire mieux connaître cette substance encore énigmatique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 décembre 1899. — Présidence de M. Panas.

La correspondance comprend : 1° un pli cacheté de M. le Dr Pierre Laurent (accepté) ; 2° une lettre de M. le Dr Putzeys, de Liège, qui se porte candidat au titre de correspondant étranger.

Le bleu de méthylène dans le traitement du rhumatisme articulaire. — M. Albert Robin lit de la part de

M. le professeur Lemoine, de Lille, une note sur l'emploi du bleu de méthylène dans le rhumatisme articulaire aigu, pour diminuer la virulence des agents pathogènes. Dans sept cas de rhumatisme articulaire aigu, il n'a eu qu'un insuccès. Son emploi n'offre aucun inconvénient à condition que le bleu de méthylène soit chimiquement pur et débarrassé des sels de zinc qu'il contient souvent. Le bleu de méthylène a déjà été préconisé en Allemagne dans le même but par Ehrlich. Ce médicament est au moins l'égal du salicylate de soude, son action est même plus rapide et amène plus facilement la disparition de la douleur et la chute de la température. Même dans les formes tenaces et prolongées, il amène vite de l'amélioration.

M. Lemoine est absolument muet sur la dose et le mode d'emploi.

Traitement de l'appendicite. — M. Dieulafoy répond à la communication faite dans la dernière séance par M. Chauvel. Celui-ci a préconisé les purgatifs et l'opium que d'autres ont trouvé formellement contre-indiqués. Les faits montrent quels ont été les résultats du traitement dit médical dans la statistique de M. Chauvel. Près du tiers de ses malades a succombé. Sur les 18 cas traités chirurgicalement, la mortalité a de même été du tiers ou à peu près.

Si l'on compare à cette statistique celle de mes 61 cas d'appendicite, observés depuis trois ans, je ne puis dire quel a été le résultat du traitement médical auquel je ne crois pas et que je ne pratique pas. Ces 61 malades ont donc été opérés par des chirurgiens différents. Sur les 41 opérés qui composent la première série, je relève 6 décès ; sur les 20 malades de la seconde catégorie, je relève un décès seulement. Cette mortalité, relativement faible, ne tient nullement à la simplicité des cas, qui, pour la plupart, étaient très graves. Cette mortalité est relativement peu élevée parce qu'on n'a pas perdu un temps précieux à faire de la thérapeutique expectante.

S'il était possible de supprimer le foyer appendiculaire, il n'y aurait plus de raison de mourir de l'appendicite. *Sublata causâ, tollitur effectus.*

Rôle des moustiques dans l'infection palustre. — M. Laveran analyse un travail de M. Ross, major du service médical des Indes, concernant le rôle des moustiques dans l'infection palustre. Dès 1884, M. Laveran était arrivé à cette conclusion que le microbe du paludisme se trouvait probablement, en dehors de l'organisme humain, à l'état de parasite des moustiques. Depuis plusieurs années M. Ross poursuit, sur cette question, des recherches qui ont donné déjà des résultats d'un grand intérêt. Il ressort manifestement de ces recherches que les moustiques jouent un rôle très important dans l'infection palustre.

M. Ross a constaté le premier que l'hématozoaire du paludisme subissait des transformations caractéristiques dans le corps de certains moustiques ; il a très bien décrit les transformations, dans le corps d'autres moustiques, d'un hématozoaire des oiseaux très voisin de celui du paludisme et il a réussi à infecter des oiseaux sains en les faisant piquer par des moustiques nourris sur des oiseaux malades.

L'évolution du parasite du paludisme, en dehors de l'organisme humain, présente encore des obscurités, mais, grâce aux travaux de M. Ross et des observateurs qui ont entrepris de tous côtés de vérifier et de compléter ses recherches, on peut espérer que les lacunes qui existent encore seront bientôt comblées.

L'importance de ces recherches au point de vue pratique est très grande ; parmi les mesures prophylactiques les mieux indiquées contre le paludisme, il faut ranger dès aujourd'hui tous les moyens de protection contre les moustiques. Là où la chose sera possible, on fera disparaître les mares d'eau stagnante dans lesquelles se développent les larves des moustiques ; quand cette mesure ne pourra pas être prise, on se protégera à l'aide de moustiquaires contre les piqûres de ces insectes.

Traitement et guérison de la hernie par l'usage de la bicyclette. — M. Championnière fait un rapport sur un travail du Dr Loir, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, qui a présenté à l'Académie un cas dans lequel quatre mois d'exercice de bicyclette ont fait disparaître une hernie inguinale très gênante datant de quatre années et difficile à contenir.

Ce fait, tout en étant intéressant, n'est pas absolument isolé et nouveau. Dans son livre déjà ancien, *La santé par le tricycle*, le Dr Jennings avait rapporté des faits très intéressants du même ordre.

Depuis longtemps, M. Championnière estime que le repos relatif prescrit aux hernieux est plus mauvais pour eux que l'activité musculaire.

Il est facile de constater que les travailleurs tolèrent leur hernie mieux que les gens inactifs qui engraissent, toussent et vont difficilement à la selle.

M. Championnière a souvent et régulièrement conseillé les sports aux hernieux à la condition d'être protégés par un bandage.

Mais la bicyclette lui a paru tout de suite le sport spécialement favorable pour les hernieux.

Sur le sujet à bicyclette, la hernie n'a pas de tendance à sortir, elle a même de la tendance à rentrer, à disparaître.

La bicyclette favorise la santé générale du hernieux et l'amaigrissement qui lui est si particulièrement favorable.

Non seulement la bicyclette constitue le véritable sport du hernieux, mais elle peut en outre devenir, pour certains cas de complications, un véritable moyen de traitement. M. Championnière cite un cas dans lequel le tricycle a pu rendre supportable deux hernies irréductibles qui donnaient lieu à des accidents locaux et généraux.

Pour obtenir un semblable résultat, l'usage de la bicyclette doit être dirigé d'une façon méthodique.

Le sujet doit être placé sur une selle basse et surtout en arrière de l'axe des pédales pour être bien assis en arrière.

Il doit s'abstenir des grandes vitesses et des montées.

Un régime tendant à l'amaigrir est pour le sujet atteint d'accidents herniaires un excellent complément de cette action de la bicyclette.

En amenant le cycliste à suivre une sage progression, on peut utiliser bicyclette et tricycle, même pour la cure de certains accidents herniaires.

Mais ce qu'il importe de noter surtout c'est que le cyclisme est l'exercice essentiellement favorable aux hernieux.

Contrairement à ce qu'on a avancé sans expérience, non seulement le cyclisme n'est pas un sport qui puisse faire des hernies, c'est un exercice tout à fait approprié aux hernieux, permettant d'améliorer ses conditions de santé générale, permettant un travail musculaire sans danger, ayant tous les avantages de la marche en plein air sans les inconvénients de l'effort musculaire compliqué de la position verticale.

M. Championnière le conseille à ses opérés de cure radicale très peu de temps après leur opération.

Commissions des associés libres. — M. le Président. Cette commission sera composée de MM. François Frank, Fournier, Terrier, Lannelongue, Jungfleisch, Blanchard, Lacaze-Duthier, Paul Richer.

M. Fernet fait un rapport sur le travail lu récemment à l'Académie par M. Lejars et relatif à un malade du service de M. Fernet (V. *France méd.* n° 2, p. 23).

A 4 heures 55 la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 janvier 1899. — Présidence de M. Raymond.

Mort subite au cours d'une crise hépatique. — M Chauffard. Les cas de mort subite au cours de la colique hépatique sont très rares puisque, depuis ceux qui ont été réunis par Charcot, on n'en trouve guère qu'un publié par Brouardel et qui avait donné lieu à une enquête médico-légale. Voici le fait que je viens d'observer.

Le 13 janvier entre, dans mon service, une femme de quarante-sept ans, en proie, depuis sept jours, à une crise violente de colique hépatique. C'était une alcoolique, atteinte depuis cinq ans de nombreuses crises hépatiques, les unes graves, prolongées et accompagnées d'ictère, les autres atténuées et sans ictère.

L'attaque actuelle était la plus forte et la plus longue de toutes ; en outre, en plus d'un léger ictère survenu du deuxième au quatrième jour, il y avait eu des épistaxis abondantes aux troisième et sixième jours et une métrorragie au quatrième jour, de l'agitation et du subdélire nocturne.

A son entrée, la malade souffre horriblement et réclame une piqûre de morphine, seul moyen, dit-elle, qui la soulage dans ces grandes crises. Aucun signe de collapsus cardiaque, mais T à 36°8 seulement dans le vagin.

Une injection de 1 cent. cube de morphine est pratiquée. Une demi-heure après, alors que les souffrances semblaient calmées, la malade est trouvée morte dans son lit.

Autopsie : foie d'apparence normale, vésicule ni dilatée, ni atrophiée, contenant une douzaine de calculs gros et petits et une assez grande quantité d'un liquide blanchâtre et demi-transparent, visqueux, où l'analyse ne montre ni pigments, ni acides biliaires.

Mais, de plus, un calcul, gros comme un fort pois chiche, est étroitement enclavé en plein canal cystique, immédiatement au-dessus de l'abouchement du canal hépatique. L'occlusion est hermétique, et le calcul complètement immobilisé.

Cœur sain, vide de caillots, contracté en systole.

Tous les autres organes sains.

Il semble plus naturel d'admettre que la mort est de cause toxique. Une série de causes concouraient à amoindrir la résistance de l'organisme : alcoolisme, épuisement nerveux dû à sept jours de souffrance, anémie par hémorragies multiples, auto-intoxication d'origine hépatique (foie stéatosé histologiquement). Dans ces conditions, même une dose faible de morphine peut devenir dangereuse et toxique.

Il faut ou s'abstenir d'injection morphinique, ou, suivant la méthode proposée récemment par M. Ferrand, faire une injection d'un mélange à parties égales d'éther et de solution de morphine au cinquantième.

Surdi-mutité hystérique. — M. Antony (Val-de-Grâce). Il s'agit d'un jeune soldat breton, sans antécédents héréditaires ou personnels, âgé de vingt-trois ans. Cinq mois après son incorporation il s'est présenté à la visite se plaignant de ne plus entendre. On le mit en observation à l'infirmerie et, deux jours plus tard, il était incapable de parler ; la surdi-mutité était constatée.

En raison d'une anesthésie du membre supérieur droit, d'un rétrécissement du champ visuel, d'anosmie, d'abolition du réflexe pharyngien, on porta le diagnostic de surdi-mutité hystérique.

Ce diagnostic a été confirmé au Val-de-Grâce. En recherchant la sensibilité du tympan, on provoqua une petite attaque d'hystérie et consécutivement une parésie du membre inférieur droit.

Aucune lésion du côté du larynx, ni du côté des oreilles, sauf des traces d'otites anciennes, n'explique la surdi-mutité au point de vue organique.

Le malade lit et écrit, il a conservé son intelligence.

Il est à supposer qu'en raison de la dureté probable de son ouïe et de sa difficulté de comprendre le français, ce militaire a ressenti au régiment une commotion morale profonde, et que cet état mental a provoqué l'abolition des perceptions auditives par auto-suggestion et secondairement des centres de la phonation.

Sur les difficultés du diagnostic de la pleurésie interlobaire. — M. L. Guinon. Le diagnostic de la pleurésie interlobaire est souvent fort difficile ; j'ai eu l'occasion de voir récemment une femme adulte qui, pendant trois mois, a présenté une expectoration purulente fétide sans autre signes stéthoscopiques que des râles sous-crépitants mobiles plus particulièrement vers le tiers supérieur du poumon gauche. Cette malade fut examinée par cinq médecins des plus expérimentés sans qu'il fut possible d'affirmer l'existence d'une collection purulente : les crachats étaient très purulents et ne contenaient pas de bacilles.

Des injections de créosote ayant été faites à mon insu, il se produisit une hémoptysie formidable qui s'accompagna d'une congestion totale massive du poumon gauche. L'état général s'aggrava et on fit alors la radioscopie qui permit de reconnaître une zone obscure au niveau de la fissure interlobaire et de penser à l'existence d'une pleurésie interlobaire gauche. M. Tuffier, malgré l'état grave de la maladie, intervint, et constata la présence d'une grande cavité dans le tiers supérieur du poumon, qu'il draina. Une légère amélioration suivit l'opération, mais la malade succomba quelques jours après à des hémorrhagies répétées.

Je veux insister sur l'insuffisance des moyens stéthoscopiques pour faire le diagnostic dans des cas semblables, et l'utilité dans ces cas de la radioscopie.

M Tuffier. J'ai eu l'occasion, pour le Congrès de Moscou, de réunir 306 cas de pleurotomie pratiqués pour des affections différentes. J'ai pu me rendre compte que la cause des échecs survenus dans un certain nombre de ces cas doit être attribuée le plus souvent à l'insuffisance du diagnostic, et au défaut de localisation, bien plus qu'à l'imperfection de la technique opératoire. Sur 17 pneumotomies que j'ai pratiquées, 7 fois une erreur a été commise, bien que les malades eussent été vus par les médecins les plus distingués.

L'auscultation ne peut pas toujours nous renseigner sur l'existence même de la lésion, à plus forte raison elle est

souvent impuissante pour déterminer le siège exact de la lésion, et pourtant ceci est de toute importance, car on ne peut pas dans le poumon aller à la recherche du foyer comme on peut le faire ailleurs, dans l'abdomen par exemple. La ponction elle-même ne peut pas toujours nous fixer : 50 fois sur 100 elle ne donne aucun résultat.

La question de nombre des foyers est aussi fort importante, et l'auscultation peut difficilement la trancher.

Les erreurs du diagnostic sont surtout fréquentes quand il s'agit de lésions du lobe inférieur.

Il faut donc souvent, pour venir en aide à l'auscultation, avoir recours à la radioscopie ou à la radiographie.

M. Beclère. La radioscopie peut, en effet, dans le diagnostic de la pleurésie interlobaire, rendre de grands services.

La pleurésie interlobaire est souvent confondue avec la gangrène pulmonaire qui se développe secondairement ou aussi avec la tuberculose pulmonaire.

De l'absorption du salicylate de méthyle par la voie respiratoire. — M. Du Cazal adresse à la Société une note qui prouve que l'absorption du salicylate de méthyle, à la suite des applications de ce liquide sur les jointures malades, se fait au moins autant par les voies respiratoires que par la peau ; la réaction salicylique a pu être en effet retrouvée chez un malade voisin de celui auquel l'application avait été faite.

La culture des microorganismes inférieurs dans l'eau de mer diversement modifiée. — MM. P. Duflocq et P. Lejonne. Pour pouvoir entreprendre des recherches sur l'origine et la nature des sécrétions microbiennes, M. Duflocq a cherché un milieu, sinon exclusivement minéral, du moins dépourvu de toute substance albuminoïde.

Il s'est adressé à l'eau de mer, qui, pour devenir un milieu de culture favorable, doit être ramenée au titre de 9 grammes de sel additionée de sels divers, qui ont pour but d'introduire le phosphore, l'azote et le carbone nécessaires à toute manifestation vitale.

Trois liquides ont été particulièrement favorables. Le liquide A est composé de : eau de mer 100 grammes, eau distillée 275 grammes, lactate d'ammonium 2 gr. 50, phosphate d'ammonium 0 gr. 50. Le liquide C diffère du précédent par le remplacement du phosphate d'ammonium par le phosphate de soude : 0,82.

Le liquide E renferme ; eau de mer 100 grammes, eau distillée 275 grammes, azotate d'ammoniaque 1 gramme, glycérophosphate de soude 0,30.

Les milieux liquides et les milieux correspondants, rendus solides par adjonction de gélose, ont été ensemencés avec une culture provenant d'un tube de gélose ordinaire. A partir de la troisième génération, les cultures ont été aussi abondantes que celles faites sur les milieux ordinaires. Les microorganismes acclimatés par MM. Duflocq et Lejonne sont : le bacille d'Eberth, le bacille de la psittacose, le vibrion cholérique, le pneumobacille de Friedlander, et le bacille pyocyanique pour les bactéries pathogènes. Ils ont cultivé encore un tétragène citrin et le bacillus subtilis ; enfin, quatre champignons : l'aspergillus niger, l'actinomyces, les champignons de la teigne et du muguet. Les microorganismes gardent donc leur vitalité dans ces milieux comme le prouvent les dix à douze générations successivement obtenues.

Les bactéries pathogènes acclimatées conservent leur virulence, comme le démontrent les inoculations aux animaux qui périssent en vingt-quatre à quarante heures.

Elles secrètent leurs toxines dans ces liquides, car les injections de cultures chauffées, de filtrats du filtre Chamberland tuent les animaux plus au moins rapidement avec une baisse accentuée de la température et un amaigrissement considérable selon la quantité de liquide injecté : 1 à 3 centimètres cubes par 100 grammes d'animal.

L'analyse chimique du filtrat, faite par M. G. Bertrand, a démontré que le vibrion cholérique de Massaouah produit, dans le liquide A au moins, une matière albuminoïde solide et que cette matière est du groupe de l'albumine ordinaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 janvier 1899. — Présidence de M. Jullien.

La séance est ouverte à 4 h. 20. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

M. Tissier, guéri de sa pneumonie, remercie M. le président de la visite qu'il lui a faite pendant sa maladie.

Correspondance imprimée : 1° Brochure de M. le Dr Hadgès (du Caire) sur un cas de *fracture comminutive du pariétal droit avec enfoncement* ; 2° Travail de M. le Dr Antonelli, sur le *mécanisme du strabisme chez l'hérédo-syphilitique* ; 3° Mémoire du professeur Massalongo (de Vérone) sur *la température locale dans la fièvre typhoïde*. Ce travail sera traduit par M. Stassano.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. Roulin, annonçant la mort de son père. La Société adresse à M. Roulin ses compliments de condoléance.

M. le président informe la Société qu'il a envoyé à M. Pachoutine, président de l'Académie Impériale militaire de Saint-Pétersbourg, une dépêche à l'occasion de la célébration de son centenaire.

Voici le texte de la dépêche adressée par notre président à M. Pachoutine.

A M. le Professeur Pachoutine. — La Société de médecine de Paris, qui a célébré son centenaire en 1896, envoie à sa glorieuse sœur de Russie ses félicitations émues, s'associe aux joies de cette belle journée et forme des vœux cordiaux pour la continuation de sa prospérité et de son activité si bienfaisante pour la science et l'humanité.

Le Président, Dr Jullien.

M. Albert Weil fait une communication : 1° sur l'emploi en gynécologie des courants statiques induits. 2° Sur un nouvel ozoneur de son invention qu'il présente à la Société. (Voir ci-dessus p. 65)

M. Doléris dit qu'au point de vue de la thérapeutique des voies génitales, il faut se demander comment agit l'électricité. M. Albert Weil a rapporté des cas de guérison ou d'amélioration: 1° dans la vulvite; 2° dans le vaginisme ; 3° dans le cas d'ulcération du col utérin. Pour la vulvite simple, il ne peut en être question ici, puisqu'elle guérit facilement par les traitements ordinaires. Mais il n'en est pas de même de la folliculite vulvaire, surtout quand elle est d'origine gonococcique. Il est prouvé que ce qui fait la résistance des formes graves à tous les traitements, c'est la localisation des microbes dans l'intérieur des glandes de la région. L'électricité, dans ce cas, agit-elle en détruisant les

microbes, agit-elle sur les vaisseaux ou sur les muscles de la région ?

Dans le vaginisme, affection d'origine névropathique, il est évident qu'on peut obtenir des résultats au moyen de l'électricité agissant par anesthésie d'abord, puis par paralysie. Quant à l'ulcération du col, ou, pour mieux dire, à la hernie de la muqueuse cervicale, M. Doléris demande à M. Weil comment il explique la guérison de ce véritable ectropion par l'électricité.

M. Albert Weil répond à M. Doléris que l'effluvation par les courants statiques induits a une efficacité très nette sur les prurits vulvaires; et il est probable que la guérison est due à une action sur les terminaisons nerveuses.

Si la méthode que j'ai exposée agit sur les vulvites, c'est certainement parce que l'effluvation avec le disque à pointes ou plutôt avec mon électrode de verre a une action bactéricide en profondeur: cette action bactéricide est plutôt due au courant à haute fréquence produit localement qu'au dégagement d'ozone.

Quant aux lésions du col, ectropions ou ulcérations, je ne puis pas dire que des applications locales, étincelles ou effluves avec mon électrode, aient reproduit un revêtement épithélial, là où il n'existe plus; mais je dis que dans les trois cas que j'ai traités, la rougeur disparaissait au bout d'un petit nombre de séances, l'écoulement se modifiait et l'aspect de la muqueuse devenait sain.

Je répète encore que je n'apporte pas ma méthode comme un traitement de toutes les vulvites, vaginites, mais comme une méthode qui doit s'adresser surtout aux cas rebelles.

M. Doléris se déclare satisfait des explications de M. Albert Weil au sujet de la vulvite; il s'agit d'une action antimicrobienne. Il doit en être de même dans l'ectropion du col. Sa ténacité et sa résistance à tous les traitements tient à la difficulté qu'on a de désinfecter la profondeur des glandes; il se peut que l'électricité soit à ce point de vue un agent de premier ordre.

M. Jullien dit que les ulcérations vraies du col existent en vénéréologie. L'électricité aurait sans doute de l'influence dans les cas de ce genre.

Les glandes de l'urètre ne pourraient-elles pas bénéficier de la médication, ainsi que les glandes de Bartholin enflammées chroniquement et qui font le désespoir des malades et du chirurgien? L'atténuation du prurit par la méthode de M. Albert Weil frappe beaucoup M. Jullien, à cause de la difficulté considérable qu'on éprouve habituellement à soulager les malades qui en sont atteintes.

A propos de la présentation de l'appareil, M. Jullien regrette que M. Weil n'ait pas insisté davantage sur les applications de l'ozone.

Ce sujet lui paraît intéressant. Lui-même a essayé, sans succès bien net, il doit le dire, de l'ozone contre la coqueluche, chez ses propres enfants.

M. Ladreit de Lacharrière a soumis, à l'Institution des sourds-muets, des enfants cachectisés aux inhalations d'ozone — et l'état général de ces malades s'est amélioré. Il regrette de n'avoir pu faire l'étude du sang de ces enfants. Plusieurs autres, atteints de migraines hebdomadaires, ont guéri par la cabine ozoneuse.

M. Albert Weil répond d'abord aux premières questions de M. Jullien.

Je crois les lésions du préurètre justiciables de ma méthode et une de mes malades; du reste qui avait les glandes périurétrales infectées a été guérie ainsi; c'est donc une méthode qu'on devra essayer plutôt même que l'électrolyse qui a été employée ainsi que les autres traitements que M. Jullien a cités.

Quant aux lésions de la glande de Bartholin, l'infection et la rougeur des orifices peuvent être traitées par les courants statiques induits, mais précisément parce que la glande est si ramifiée et profonde, dans l'infection totale, le dernier mot est à la chirurgie.

Pour les prurits, il est incontestable que l'effluvation agit; on les a traités déjà par l'effluvation statique ou l'effluvation des courants à haute fréquence ; sur ce point ma méthode n'est qu'un nouveau procédé d'effluvation.

M. Julien me demande ensuite de signaler les nombreuses applications de l'ozone; et il disait qu'un syphilitique lui avait demandé avant-hier si les inhalations d'ozone lui feraient du bien. Je ne crois pas que cela lui doive faire du mal; mais je ne les trouve pas spécialement indiquées pour cela : c'est faire tort à l'électrothérapie que de vouloir l'appliquer en tous cas; c'est une science dont les indications sont précises.

Il suffit à l'ozone d'être indiquée dans toutes les affections des bronches qui tendent à la chronicité, dans l'asthme, la coqueluche, la tuberculose où il peut produire une amélioration. Comme l'a dit M. Ladreit de Lacharrière, il réussit chez les déprimés : M. Labbé a montré, du reste, qu'après une inhalation l'oxyhémoglobine est toujours augmentée.

L'ozone est en outre un gaz non irritant quand il n'est pas mélangé à des vapeurs nitreuses. Mon ozoneur se recommande surtout parce qu'il ne s'en produit pas.

La séance est levée à 5 h. et demie.

Le Secrétaire annuel, Dr Dhomont.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance extraordinaire du 23 décembre 1898.
Présidence de M. L. Gourichon.

La séance est ouverte à 9 heures.

Mort de M. Bimsenstein.

M. le président Gourichon fait part à la Société de la mort de notre confrère le Dr Bimsenstein, enlevé en trente-six heures par une paralysie cardiaque consécutive à une grippe infectieuse. Le Bureau s'est fait un devoir d'assister aux obsèques de celui que la Société venait d'élire son président pour l'année 1899 et le président a prononcé sur sa tombe un discours qui sera imprimé et envoyé à tous nos collègues.

Le Dr Bimsenstein était un confrère modeste, mais laborieux, qui assistait très régulièrement aux séances de la Société où il a présenté plusieurs travaux, dont les plus importants sont relatifs à la prophylaxie de la tuberculose.

Election au Conseil de Surveillance.

M. le Président annonce ensuite que la Société a été convoquée en séance extraordinaire, afin de former une liste de trois noms, parmi lesquels sera choisi le représentant des médecins des bureaux de bienfaisance au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en remplacement de M. Gibert, atteint par la limite d'âge et qui ne peut légalement rester plus longtemps en fonction comme nous l'avions espéré à la dernière séance. Il adresse tous les

remerciements de la Société à M. Gibert pour le zèle et le dévouement qu'il a montrés et pour toutes les qualités dont il a fait preuve pendant les trois années où il a représenté la Société au Conseil de surveillance.

Le décret de 1895 accorde aux médecins des bureaux de bienfaisance le droit d'avoir au Conseil de surveillance un représentant pris parmi les médecins faisant un service actif, mais ce représentant doit être choisi par l'Administration et non par ses collègues : c'est là une anomalie, car si le médecin désigné n'avait pas reçu l'investiture de ses collègues, il ne saurait représenter leurs intérêts et se trouverait dans l'impossibilité morale d'exercer ses fonctions.

Avant qu'il ne soit procédé au scrutin, M. L. Gourichon propose que le candidat qui sera choisi par la Société s'engage à demander sa réinvestiture à ses collègues avant d'accepter la réinvestiture de l'Administration. Si, à ce moment, il n'avait plus la confiance de ses confrères, il ne saurait moralement les représenter au Conseil de surveillance.

Cette motion est adoptée à l'unanimité.

M. Gibert remercie en termes émus la Société de la confiance qui lui a été accordée et des éloges que lui a adressés le président. Il entre ensuite dans quelques explications sur les fonctions et le rôle des membres du Conseil de surveillance.

Le scrutin est ouvert et donne les résultats suivants :

M. Rotillon est élu le premier, M. Séailles le second et M. L. Gourichon le troisième.

M. Rotillon remercie ses confrères ; il s'efforcera par son dévouement de justifier leur confiance ; il cherchera surtout à défendre les intérêts des médecins des bureaux de bienfaisance et il n'aura, d'ailleurs, qu'à suivre l'exemple de son prédécesseur, le très honoré M. Gibert.

M. le président. La liste de présentation des candidats de la Société sera remise demain matin à M. le Directeur dde l'Assistance publique par ordre alphabétique, et nous lui fournirons toutes les explications nécessaires sur les votes que vous venez d'émettre.

M. le secrétaire général. J'ai à vous annoncer trois lettres de candidature au titre de membres titulaires de la Société :

De M. le Dr Morisse (IVe arrondissement), place de la Bourse, 15.

De M. le Dr Léon Piérin (Xe arrondissement), faubourg Saint-Martin, 51.

De M. le Dr Dutard (Xe arrondissement), boulevard Magenta, 18.

Les rapporteurs de ces candidatures seront pour M. le Dr Morisse, M. Billon ; pour M. Piérin, M. Achille Mathieu ; pour M. Dutard, M. Barbulée.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire des séances : A. Malbec.

SOCIÉTÉ DES MEDECINS INSPECTEURS DE PARIS

Séance du 18 janvier 1899. — Présidence de M. Carpentier-Méricourt.

A cette séance ont été convoqués par une lettre spéciale tous les médecins inspecteurs des Ecoles de Paris.

Le Dr Carpentier-Méricourt remercie les membres de la Société de l'avoir élu président pour 1899.

Il souhaite la bienvenue à tous les membres et compte sur leur exactitude et leur dévouement.

Le Secrétaire général à la parole pour le compte rendu des travaux de l'année 1898 :

Notre Société a tenu pendant l'année 1898 cinq séances.

Elle a dû, dès le début, s'occuper du Congrès de Pédiatrie, tenu à Madrid au mois d'avril.

Nous avons choisi pour nous représenter à ce congrès deux de nos plus distingués collègues : le Dr Mangenot, président honoraire, fondateur de la Société, et le Dr Carpentier-Méricourt, notre président actuel. Dans une conversation familière, ils ont bien voulu nous faire connaître les principaux faits qui ont été discutés dans ce congrès. L'hygiène scolaire, objet de nos préoccupations et de nos études habituelles, n'y a pas tenu, je dois le dire, une bien grande place et il sera nécessaire, dans un nouveau congrès, de revenir sur une hygiène spécialisée qui doit toujours être comprise dans l'hygiène générale infantile. Qu'il me soit permis à ce propos de formuler un vœu. J'estime que la Société des médecins inspecteurs des Ecoles de Paris doit figurer au programme des futurs congrès d'hygiène par des travaux préparés de longue main sur les questions scolaires.

Le vaste champ d'expériences que la Ville de Paris avec ses nombreuses écoles nous fournit assure à nos communications un grand intérêt et une autorité incontestable.

C'est surtout cette année que nous devons poursuivre la réalisation de ce vœu. Bientôt va s'ouvrir l'Exposition de 1900 et la Société ne peut laisser perdre cette rare occasion de s'affirmer.

Toutes les questions qui se rattachent à la santé des enfants préoccupent constamment les pouvoirs publics, les conseillers municipaux de Paris en particulier. Combien de projets et d'avant-projets n'avez-vous par vu éclore !

C'est ainsi que M. Faillet, le 14 mars 1898, proposait d'augmenter le nombre des médecins-inspecteurs dans une proportion telle que les enfants soient examinés sérieusement, afin de prévenir les maladies contagieuses dans la mesure du possible. La 4e commission était invitée à s'entendre avec le directeur de l'Enseignement primaire, à l'effet d'apporter un plan de réorganisation de l'Inspection médicale dans les Ecoles communales.

J'ai eu soin, dans la séance du 16 mars, d'attirer l'attention de la Société sur la proposition de M. Faillet et sur son projet de réorganiser l'Inspection médicale des Ecoles.

Il a été décidé que le sécrétaire général se mettrait en rapport avec la 4e commission et offrirait le concours de la Société. L'affaire suit son cours normal et aboutira certainement à de très bons résultats.

Notre intervention chaque fois qu'il s'agit d'hygiène scolaire a été singulièrement facilitée par la nomination d'un médecin, hygiéniste bien connu, le Dr A. J. Martin, comme adjoint au Directeur de l'Enseignement primaire.

En assistant à quelques-unes de nos séances, en nous faisant directement plusieurs communications touchant nos fonctions spéciales, il nous a surabondamment prouvé qu'il entendait nous prêter un concours dévoué et bienveillant et qu'à l'occasion nous trouverions en lui un défenseur très compétent et très autorisé.

Ainsi de grandes difficultés peuvent être aplanies. C'est à nous de savoir profiter du concours qui nous est si gracieusement offert. Tels sont les faits en quelque sorte adminis-

tratifs que je devais rappeler. J'y ajouterai quelques questions qui ont plus directement trait à l'hygiène des écoles et qui nous ont retenu un instant, comme les revaccinations, l'internat d'isolement, les mesures à prendre en cas de maladie du personnel habitant dans les locaux scolaires, les crachoirs, etc.

Notre collègue Mangenot nous a lu un travail très intéressant sur l'*Inspection médicale des Etats-Unis* qui a paru *in extenso* dans le n° 50 de la *France médicale*. Notre collègue se montre partisan de la visite quotidienne, mais d'une façon qui la rend moins pénible pour le médecin. En effet, à leur arrivée à l'Ecole, les élèves sont inspectés par leurs maîtres respectifs. Ceux qui présentent une bonne santé sont admis, les autres sont conduits au médecin de l'école qui inscrit son diagnostic et ses prescriptions sur un registre spécial conservé dans les archives scolaires.

L'auteur signale, en outre, une excellente mesure qu'il voudrait voir adoptée chez nous; celle de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses et l'envoi de cette déclaration au médecin inspecteur avec le nom et l'adresse de l'élève malade. M. Mangenot s'attache à montrer combien, dans certaines villes d'Amérique, à Chicago par exemple, l'Inspection médicale est faite sérieusement et avec quelle vigilance le médecin inspecteur américain, qui est en même temps fonctionnaire du bureau sanitaire, s'assure que toutes les précautions ont été prises en vue d'arrêter la propagation des maladies contagieuses. Cette communication nous a plu par le nombre de documents pratiques qui y étaient contenus. N'est-ce pas d'ailleurs ainsi que procède toujours le Dr Mangenot qui, pour recueillir des faits utiles, n'hésite pas à entreprendre de longs et coûteux voyages? Aussi la Société a-t-elle manifesté à différentes reprises son désir de voir enfin dignement récompensé celui qui, parmi ses membres, travaille le plus et le mieux.

Je ne puis passer sous silence le chagrin que nous avons tous éprouvé à la nouvelle de la mort du Dr Jasiewicz. Vous vous rappelez encore ce jeune médecin à l'aspect distingué, à la figure intelligente, aux traits réguliers, signes distinctifs de la belle et noble race dont il était. Tout dénotait en lui une vie intense et chaleureuse jusqu'à son ardent patriotisme qu'il cultivait comme un héritage sacré. Une implacable maladie l'a enlevé à ses amis, à ses malades. La Société, convenablement représentée aux obsèques de notre malheureux collègue, gardera longtemps le souvenir de tant d'espoir perdu. Je voudrais finir sur une note moins triste. La contemplation de notre caisse doit nous réjouir le cœur. A la date du 18 mai 1898 notre trésor s'élevait à la somme de 248 francs. Je n'ai pas besoin de dire que c'est à notre Trésorier, au Dr Perrachon, à sa sollicitude, à ses qualités de financier parfait, que nous devons cette prospérité sans cesse croissante. Je l'en remercie au nom de la Société en faisant remarquer qu'ayant été nommé médecin de l'Etat civil, il aurait pu nous abandonner. Il ne l'a pas fait par amitié pour une association à la création de laquelle il a contribué. C'est un fidèle des premiers jours. Et bien, dût ce souhait vous étonner, je désire ardemment que cette prospérité ne se prolonge pas; je désire que notre caisse subisse de larges saignées et que les jetons de présence en sortent nombreux et pressés. C'est qu'alors nos séances ne seront plus désertées comme par le passé. Cette désertion, permettez-moi de le dire, est fâcheuse; elle est tout au-moins imprudente. Notre Société a sa raison d'être. En veillant à nos intérêts professionnels, en prenant la parole pour tel ou tel d'entre nous qui peut se trouver sous le coup d'accusations injustes, en s'offrant aux pouvoirs publics chaque fois qu'il s'agit d'améliorer l'hygiène des Ecoles, la Société des médecins Inspecteurs peut jouer un rôle utile, remplir une mission dont il me paraît difficile de contester les avantages. Si la Société n'a pas fait plus depuis qu'elle existe, il faut en accuser l'indifférence de bon nombre d'entre nous pour tout ce qui touche aux intérêts communs. Si quelque jour nous avons à lutter, ne devons-nous pas nous rappeler que la victoire n'est acquise qu'aux gros bataillons. C'est à vous de le former, ce gros bataillon. Le drapeau ne vous manquera pas. (*Applaudissements.*)

M. Mangenot, sur une observation du Président, constate avec regret combien il est difficile de faire admettre dans les Ecoles de Paris un système de chauffage commode et utile, par exemple le chauffage par la circulation de vapeur d'eau ou d'eau chaude. Dans une école, récemment construite et munie, comme toujours, d'un poêle dans chaque classe, il n'a pas été possible d'élever la température au-delà de 3 à 4 degrés au-dessus de zéro. Il souhaite que dans l'avenir on adopte le chauffage central plus conforme aux progrès de l'hygiène.

Plusieurs membres s'associent à ce vœu.

M. Variot, comme membre du Congrès international d'hygiène, a été chargé d'un rapport sur les réformes et les perfectionnements à apporter dans les écoles au point de vue de l'hygiène. Il soumet la question à la Société et demande la nomination d'une Commission d'études chargée de recueillir les documents et d'élaborer un projet. Le rapport de cette commission sera lu en séance plénière à laquelle seront convoqués tous les médecins inspecteurs de Paris. On pourra dès lors établir un travail définitif qui sera présenté au Congrès.

Conformément à la demande de M. Variot, une Commission est nommée. Elle se compose de MM. Carpentier-Méricourt, président, Mangenot, Variot, Blayac, Paul Richard.

Le Secrétaire général, Dr Paul Richard

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1899. — Présidence de M. Pozzi.

M. Berger, président sortant, cède, après quelques mots d'adieu, le fauteuil à M. S. Pozzi, président pour 1899.

Traitement des kystes hydatiques du foie. — M. Delbet répond à M. Segond, au sujet de la supériorité du capitonnage suivi de suture totale sur l'incision large et la marsupialisation, cette dernière presque dans tous les cas insuffisante et parfois dangereuse que l'auteur croit devoir être définitivement écartée pour être remplacée par la méthode du capitonnage qu'il préconise.

Traitement des appendicites. — M. Walther donne les résultats des opérations qu'il a eues à exécuter. Les résultats des interventions hâtives sont les mêmes que ceux donnés par la médication médicale.

Dans nombre de cas l'appendice non réséqué se résorbe, disparaît, tout guérit.

J'ai eu cinq malades qui ont eu des récidives sans qu'on

ait réséqué l'appendice et que l'on dut opérer à froid.

On a dit que les récidives ne sont pas graves et que l'abcès s'ouvre au niveau de la cicatrice. Cela est vrai presque toujours, mais il faut savoir qu'une poussée grave peut aussi survenir.

Aussi je pense que les symptômes persistants après une opération d'appendicite doivent amener à faire une opération à froid.

M. Kirmisson. Je veux me limiter à l'appendicite aiguë et je crois qu'en clinique on ne peut donner de règle absolue.

Lorsque l'orage du début se calme et qu'en définitive on est en présence d'une appendicite qui n'aboutit pas à la suppuration, je crois que tout le monde doit être d'accord pour ne pas intervenir.

Dans les cas où il y a du pus, dans les cas d'abcès de la fosse iliaque, suivant l'appellation ancienne, je ne vois aucune raison pour ne pas intervenir.

Lorsque la péritonite continue, que l'on a affaire à une péritonite et non à un abcès, l'intervention s'impose encore.

Les cas à évolution septique sont sujets à discussion; dans ceux où l'état général n'est nullement en rapport avec les lésions locales, je dirai : « dans le doute, opère. »

Il me semble que cette manière de voir est à peu près celle de tous nos collègues, sauf quelques nuances.

J'ai, cette année, opéré 25 cas d'appendicite aiguë, 13 circonscrits dont une mort ; 12 avec péritonite généralisée et 12 morts. Cette série m'a épouvanté et je veux proclamer que, dès les premiers moments, cette terrible affection doit être soumise à l'examen du chirurgien.

M. Jalaguier. La doctrine de l'exiome chirurgical « intervenir toujours » serait bien facile, mais je ne la crois pas plus acceptable que mes collègues.

Le traitement médical, diète : opium, glace, repos et absence de purgatif, convient dans la majorité des cas, auxquels j'ajoute 2 injections de sérum chaque jour.

J'ai opéré 12 malades avec péritonite généralisée avec 12 morts, et je pensais à ne plus opérer. J'en suis pourtant resté partisan. Je crois que le diagnostic entre la péritonite généralisée et la localisée peut se faire et, dans le doute, il ne faut pas s'abstenir. Ce n'est pas qu'il faut opérer dans tous les cas, mais dans les cas désespérés seulement.

A un point de vue général, je crois qu'il faut retarder l'intervention en faisant le traitement médical avec la dernière rigueur et en suivant de près le malade pour l'opérer dès qu'une nouvelle acuité des symptômes apparaîtrait.

L'appendicite doit être toujours opérée à froid. Faut-il opérer après une seule atteinte d'appendicite? Je le pense, étant donnés les quelques faits que j'ai vu se terminer malheureusement. Même avis dans les cas de petites coliques appendiculaires, revenant de loin en loin, et qui doivent entraîner à opérer.

La voie de choix pour atteindre l'appendice, c'est la voie antérieure et non la voie postérieure, par décollement du cœcum.

Dans les appendicites à chaud, je fais l'incision au-dessous de l'arcade et dans les appendicites à froid, le long du bord du grand droit.

Ablation du pylore et d'une portion de l'estomac. — Présentaton du malade par M. Ricard.

Hernie inguinale congénitale de la trompe. Cure radicale. — Présentation de pièces par M. Démoulins.

F. Verchère

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Par 49 voix sur 52 votants, la Faculté a renouvelé à M. Brouardel son mandat de doyen.

Prosectorat. — L'article 16 de l'arrêté du 14 mai 1889, portant règlement pour le prosectorat à la Faculté de médecine de Paris, est modifié ainsi qu'il suit :

« Le jury est composé de deux juges de droit et de trois juges désignés par le sort. Les deux juges de droit sont : le professeur d'anatomie et le professeur de physiologie. Les trois juges désignés par le sort sont pris sur une liste qui comprend : les professeurs de pathologie externe, de médecine opératoire, de clinique chirurgicale générale et spéciale, le professeur d'histologie, le chef des travaux anatomiques, l'agrégé sous-directeur des exercices de médecine opératoire. »

L'**Académie des sciences** a nommé M. le Dr Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre titulaire dans la section d'économie rurale.

Hôpitaux de Paris. — MM. les élèves, actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1899, savoir :

Pour MM. les élèves internes : De 2e, 3e et 4e année, le lundi 13 février, à deux heures; de 1re année et MM. les internes provisoires, le mercredi 15 février, à deux heures,

Pour MM. les élèves externes : De 3e année, le jeudi 16 février, à une heure et demie; de 2e année, le samedi 18 février, à une heure et demie; de 1re année, première moitié de la liste, le jeudi 23 février, à une heure et demie; de 1re année, deuxième moitié de la liste, le 24 février, à une heure et demie.

N.-B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours ; les externes ayant reconcouru seront appelés à leur numéro de classement dans la nouvelle promotion dont ils font partie.

Val-de-Grâce. — Par décision ministérielle, en date du 18 janvier 1899, MM. les Drs Lahaussois, Spindler, Delage, Furst, Pellegrin, Bénard et Briole, ont été, à la suite du concours ouvert le 19 décembre 1898, nommés médecins stagiaires à l'École du Val-de-Grâce.

Corps de santé militaire. — M. Gentil, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du 1er corps, est nommé médecin inspecteur.

M. Burcker, pharmacien principal de 1re classe, à Marseille, est nommé pharmacien inspecteur.

Corps de santé de la marine. — Par décision ministérielle, en date du 26 janvier 1899, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe. — MM. les Drs Thibault et Violle.

Corps de santé des colonies. — Par arrêté ministériel, en date du 24 janvier 1899, a été nommé :

A l'emploi de médecin auxiliaire. — M. le Dr Faucherand.

Journaux de médecine. — Nous recevons le premier numéro des *Archives orientales de médecine et de chirurgie*, revue mensuelle publiée sous la direction du Dr Diamant-Berger avec le Dr M. Manheimer comme secrétaire de la rédaction.

Nous recevons le premier numéro de la *Revista universale*, journal de médecine et de chirurgie, paraissant le 25 de chaque mois à Rome, sous la direction du professeur Vincenzo Morini.

Les malades aisés dans les hôpitaux. — M. le docteur Le Blond a proposé à l'Union des Syndicats, pour être soumises au Conseil supérieur de l'assistance publique les conclusions suivantes :

I. — L'hôpital doit être ouvert aux indigents et aux nécessiteux seulement.

II. — L'hospitalisation payante ne pourra s'appliquer qu'aux domestiques, aux ouvriers, aux employés dont les gages ne dépassent pas une certaine somme qui sera à déterminer.

III. — Toute personne qui aura un loyer dépassant le prix de mille francs, à Paris, ou qui payera patente, n'aura pas droit aux services des hôpitaux.

Il pourrait être fait exception pour ceux qui, après une enquête sérieuse, seraient reconnus dans l'impossibilité de subvenir aux frais qu'entraîne une opération grave.

IV. — Dans chaque quartier, il sera désigné une ou plusieurs personnes charitables, chargées de procéder à l'enquête qui devra précéder toute entrée à l'hôpital, et auxquelles devra s'adresser tout malade, réclamant son entrée dans les hôpitaux.

V. — Les médecins des bureaux de bienfaisance de chaque quartier seront autorisés à délivrer des entrées à l'hôpital, s'ils reconnaissent qu'un malade est indigent et ne peut être soigné; à domicile cette entrée sera suivie d'une enquête.

VI. —Aucun malade ne sera reçu directement à l'hopital hormis le cas d'urgence.

Maladies des voies urinaires. — Le Dr Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon, continuera dans cet hôpital les lundis, jeudis, samedis, ses consultations sur les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), qu'il faisait à l'hôpital Saint-Louis.

Maladies du système nerveux. — M. Gilles de la Tourette. Hôpital de Saint-Antoine. Policlinique le mercredi à 10 heures, laboratoire Axenfeld.

Association générale des médecins de France. Société centrale. — L'Assemblée générale annuelle de la Société centrale aura lieu le dimanche 5 février prochain, à 2 heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Ordre du jour : Allocution du Président; Rapport du Secrétaire; Compte rendu du Trésorier; Ratification des admissions faites dans l'année ; Election de dix membres de la Commission administrative en remplacement des membres sortants; Discussion sur les modifications que la loi du 1er avril 1898, sur les Sociétés de Secours mutuels, oblige à apporter aux Statuts.

Nécrologie. — Le Dr Thomas (Alphonse), de Reims, ancien interne des hôpitaux de Paris (1850), ancien professeur à l'école de médecine de Reims, ancien député, vient de mourir à l'âge de 73 ans. — Le Dr Socin, professeur à l'université de Bâle, chirurgien très connu, décédé à l'âge de 62 ans. — Le Dr Mergier (Guillaume-Emile), préparateur de physique médicale à la faculté de médecine de Paris, décédé à l'âge de 36 ans. — Le Dr Brêthes, de Paris, reçu en 1879. — Le Dr Serres (Léon), ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital d'Auch.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — La Compagnie P. L. M. organise, avec le concours de l'agence des Voyages Economiques, diverses excursions permettant de visiter l'Egypte, la Palestine, la Syrie, l'Asie Mineure et Constantinople (du 8 février au 8 mars, 22 mars, 5 et 16 avril 1899).

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 2 000 à 3800 francs ; 2e classe, 1 700 à 3 500 francs, suivant les itinéraires choisis.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des Voyages Economiques, 10, rue Auber ou 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, pharmacien de 1re classe, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, directeur du *Répertoire de Pharmacie* et des *Annales de Chimie analytique*, chez MM. Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint Germain, Paris. Prix : 4 francs. — Dans la sixième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler ; parmi ces médicaments, les plus importants sont : l'Anytine et les Anytols, la Crésamine, l'Héroïne, l'Iodoformogène, la Largine, la Nutrose, le Thiocol, le Sérum gélatiné et le sérum bichloruré de Chéron.

Certains articles, tels que ceux consacrés au Formol, à la Tuberculine, etc., ont été complétés ou modifiés en tenant compte des recherches faites récemment sur ces substances.

Les glycosuries non diabétiques, par le Dr Roque, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon. Un vol. in-16 carré de 100 pages, cart. 1 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*